

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 297

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BOIVIN

Né à Firminy (Loire), le 22 novembre 1907
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

UNE TECHNIQUE

DE

MASTOPLASTIE

Président : M. ROBERT PROUST, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BOIVIN

Né à Firminy (Loire), le 22 novembre 1907
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

UNE TECHNIQUE

DE

MASTOPLASTIE

Président : M. ROBERT PROUST, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

I -- PROFESSEURS

	MM
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HALPHEN..... Oto rhino-laryngologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN Pathologie médicale
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTNER Histologie
ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N... ..	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

LE DOCTEUR PAULE BERNHEIM

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR ROBERT PROUST
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE PROFESSEUR LENORMANT

Externat :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR-VALLÉRY-
RADOT

M. LE PROFESSEUR LEREBoullet

M. LE DOCTEUR LEVANT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. RICHEL, FILS

Que nous remercions ici pour son enseignement précieux et l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

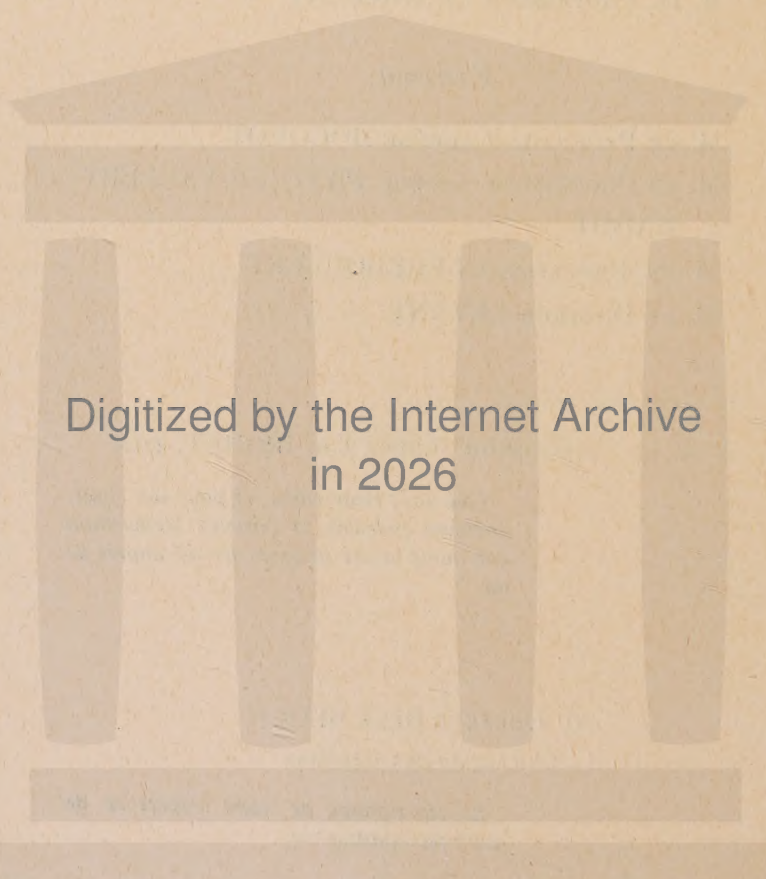
AU DOCTEUR RENÉ BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

AU DOCTEUR SÉNÉCHAL

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse ; nos remerciements tout particuliers.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNE TECHNIQUE DE MASTOPLASTIE

Introduction

La chirurgie plastique des seins a retenu depuis longtemps l'attention des chirurgiens, d'où de nombreux essais, et autant de techniques.

Toutes ces techniques opératoires dirigées contre les hypertrophies de la glande et le prolapsus mammaire, sont d'une exécution délicate plus ou moins entachées de risques non négligeables, imputables le plus souvent aux résections aux décollements : l'HÉMATOME en est le type.

La *plupart* donnent des résultats esthétiques très discutables. Ce seul fait aurait justifié d'ailleurs de nouvelles recherches.

Nous allons exposer, dans ce travail, une technique de *mastoplastie*, qui nous a paru particulièrement séduisante par :

- 1° La facilité relative et la bénignité de son exécution ;
- 2° Les résultats remarquable au point de vue esthétique qu'elle a donnés et donne, entre les

main de son créateur, le docteur Marcel Sénéchal, depuis 6 ans, après une mise au point dont les premiers essais remontent à plus de 12 ans.

CHAPITRE I

L'intervention chirurgicale s'adresse au point de vue plastique à toutes les hypertrophies de la glande, à toutes les ptoses mammaires.

On conçoit aisément la diversité d'états anatomiques que l'on rencontre, entraînant des variantes opératoires. Ainsi nous apparaît la nécessité d'une classification de ces formes anatomo-cliniques, pour éclairer la conduite à tenir. Ceci surtout pour les méthodes si diverses employées dès les débuts de la chirurgie plastique, et que nous étudierons succinctement, avec leur indication particulière suivant le cas considéré, pour arriver à la nôtre qui est « UNE » et s'applique à tous les cas.

Nous adoptons volontiers la classification du docteur Virenque, qui, repoussant la classification selon le degré de prolapsus sans aucun intérêt pratique, s'en rapporte uniquement à l'état de la glande et des tissus, et distingue trois catégories :

- La ptose mammaire,
- L'hypertrophie mammaire,
- La monstruosité mammaire.

Formes anatomo-clinique des ptoses mammaires

et des hypertrophies de la glande mammaire, justifiables de l'intervention chirurgicale :

1) LA PTOSE SIMPLE : Elle s'observe surtout chez la femme ayant allaité, chez la femme qui a maigri brusquement de plusieurs kilogrammes, et même chez la jeune fille vierge, dont les seins peuvent s'affaisser rapidement après la fluxion de la nubilité. La glande normale de volume, de consistance sous une peau facilement mobilisable, est plus ou moins ptosée. Un degré important de ptose n'enlève pas à l'intervention son indication.

2) L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE : Avec ou sans dégénérescence graisseuse est bien différente de la forme précédente et plus difficile à traiter, il faut le reconnaître, par les méthodes habituelles.

L'hypertrophie simple se rencontre chez la jeune fille : malformation, le plus souvent isolée, pas d'adipose généralisée. Elle s'accompagne d'un prolapsus plus ou moins important dû, simplement, au poids de la glande.

L'hypertrophie mammaire avec dégénérescence graisseuse se rencontre chez les femmes plus âgées. Ce n'est plus une malformation isolée. L'adipose est ici généralisée : Les seins volumineux sont fortement prolapsés. Leurs téguments, non mobilisables, sont mal vascularisés. La nutrition des tissus est donc très mauvaise. Cette forme est particulièrement dange-

reuse à traiter, comme nous le verrons, par les méthodes à grands décollements.

3) L'HYPERTROPHIE VOLUMINEUSE, avec ptose, la véritable *monstruosité* où les éléments de la forme précédente sont au maximum. L'intervention trouve parfois ici ses seules indications pathologiques. Elle doit prévenir, en effet, la venue ou aider la correction de ces scolioses compensatrices entraînées par de tels fardeaux.

C'est pour elle que Dartigues a proposé la mammectomie pure et simple.

CHAPITRE II

Historique

Voici de nombreuses années déjà que la chirurgie essaie de corriger toutes ces déformations, conséquences des diverses manifestations physiologiques féminines, déformations inesthétiques et gênantes, nuisibles à l'intéressée aussi bien au point de vue social qu'au point de vue professionnel. Disgrâces d'autant plus dignes d'intérêt qu'elles se rencontrent souvent chez des êtres jeunes dont la plastique, par ailleurs normale, permet de « légitimes projets ».

Ce sont des chirurgiens français qui tentèrent les premiers essais, et par la suite, c'est en France que les plus importantes recherches furent faites dans ce domaine nouveau.

Déjà, en 1897, le docteur Pousson, de Bordeaux, imaginait de remonter la poitrine par une incision et une résection cutanée et glandulaire sus-mammaire, puis Verchère décrivait en 1898 « un procédé de mastopexie latérale pour la mastoptose hypertrophique ».

Depuis cette époque, mais surtout depuis la guerre, avec les progrès de la technique chirurgicale, *d'une part*, cette chirurgie trouvant ses indications de plus

en plus nombreuses, *d'autre part*, sous l'influence, vraisemblablement, de la diffusion du sport (qui s'accommode mal d'une poitrine volumineuse et pendante) sous l'influence, peut-être, d'une considération d'ordre plus général, le souci légitime d'adapter sa silhouette aux exigences d'une nouvelle conception de la ligne féminine, voire normale, souvent pure obligation professionnelle (artiste, etc...), la chirurgie des seins n'a fait que progresser.

De nombreux essais sont faits, divers procédés de restauration mammaire font leur apparition et sont communiqués ou publiés. Un nom domine cette chirurgie dès ses origines, celui du docteur Dartigues. Par ses découvertes de techniques opératoires, par ses créations instrumentales, le docteur Dartigues est en effet un promoteur.

Chronologiquement :

C'est en 1912, le docteur Sénéchal, qui opère une artiste, dont les seins ravagés par de multiples extirpations d'adémons, sont informes. Par une incision axillaire, il parvient à combler les dépressions avec la graisse du creux de l'aisselle qu'il découpe et déplie tels les feuillets d'un livre. Le résultat est des plus satisfaisants.

En février 1923, le docteur Aubert présente à la Société de Médecine de Marseille un cas de mastoplastie et mastopexie par transposition aréolo-mammaire.

La même année, les docteurs Combier et Murard

font une intéressante étude sur l'hypertrophie mammaire et son traitement.

En février 1924, le docteur Dartigues pose le principe de la Mastopexie aux plans profonds avec son procédé de fixation de la glande mammaire au grand pectoral par voie axillaire.

En avril 1924, ce même auteur décrit un nouveau procédé : La Mastopexie par incision et résection subaréolaire et fixation glandulaire mammo-pectorale, après décollement sous-mammaire préalable.

En 1925, le docteur Villandre publie un article « Mastopexie ». Il pratique depuis longtemps le transport du mamelon.

En 1926, le docteur Dartigues présente au Congrès de Chirurgie l'instrumentation spéciale dont il se sert pour sa technique de mamnectomie totale avec greffe libre aréolo-mamelonnaire.

La même année, le docteur Peraire communique à la Société de Médecine de Paris, un cas très intéressant de chirurgie esthétique du sein. Chez une femme à qui il avait enlevé un volumineux fibrome du sein, il substitue, pour combler le vide, un lipome pris de la fesse d'une autre patiente.

Le mouvement en faveur de la chirurgie plastique des seins s'intensifie de plus en plus. Les publications sont de plus en plus nombreuses.

Parmi celles-ci, de 1929 à 1932, signalons celles des docteurs :

Lagarde, sur la « Chirurgie Esthétique du Sein » ;

Maloniak, sur « Ptose Mammaire, Facteurs Etiologiques et Traitement Chirurgical » ;

Dufourmentel, sur « Indications et différentes Méthodes de Mastopexie » ;

Claoué, « A propos de la Chirurgie Esthétique des Seins » ;

Noël, « Nouveaux Procédés Chirurgicaux de Correction du Prolapsus Mammaire » ;

Virenque, « Le Sein », où l'auteur expose sa technique dont les premiers essais remontent à 1919.
etc...

En octobre 1928, le docteur Dartigues est invité à faire à l'Institut de Médecine Pratique de Barcelone, une conférence sur la chirurgie plastique mammaire.

D'autre part, signe de l'intérêt toujours plus grand porté à cette chirurgie, le docteur Burgeas, élève du docteur Aubert, passe sa thèse, en *décembre 1928* sur la « Contribution à l'étude de l'Hypertrophie Mammaire non Gravidique ».

Enfin, le docteur Sénéchal communique sa technique, désormais au point, au Congrès de Chirurgie 1931, avec présentation d'opérées.

Comme on le voit, la Chirurgie Française a beaucoup contribué à cet essor. Mais l'Etranger n'est pas resté inactif :

En Allemagne : Eckstein, de Berlin, fait, en mai 1923, une communication qui donne lieu à une intéressante discussion à la Société Berlinoise de Chirurgie, sur la chirurgie esthétique mammaire.

Aux Etats-Unis : Max Torek publie en 1921 un travail sur les possibilités de reconstitution de la forme humaine, où il envisage, en particulier, l'hy-pertrophie virginale du sein.

En Suisse : Roux, de Lausanne, cherche à suspendre le sein à la clavicule.

En Espagne : le docteur Sloker, de Madrid, s'adonne à la chirurgie plastique du sein.

En Italie : Nuzzi, de Naples, la pratique également.

En Amérique du Sud : les disciples du docteur Dartigues ne se comptent plus.

CHAPITRE III

Les « techniques » de mastoplastie

Nous l'avons dit, elles sont nombreuses. Un caractère commun, cependant : On ne peut les employer indifféremment en présence d'un cas déterminé. Chacune a ses indications particulières. Ceci provient en partie du fait que ces techniques ont à leur base un principe isolé, un seul.

Ces principes bases sont les suivants :

Mastopexie ;

Réalisation d'une sangle sous-mammaire ;

Déplacement du mamelon.

Toutefois, quelques-unes de ces techniques s'inspirent de plusieurs principes. Nous verrons, enfin, comment la technique du docteur Sénéchal réalise une heureuse synthèse, les principes étant les mêmes, perfectionnés.

Nous ne ferons que citer :

La « Mammectomie totale avec ou sans greffe libre du mamelon et de son aréole », préconisée par le docteur Dartigues pour les monstruosité mammaires.

L'auteur en propose l'emploi systématique, car dans ce cas il ne saurait être question de callimastie, de mastopexie, de mastoplastie.

I. — LA MASTOPEXIE est un principe utilisé surtout en connexion avec un des deux autres principes. Cependant, on relève quelques méthodes où il existe à l'état pur, telle la *Mastopexie par voie axillotomique*, décrite par Dartigues le 23 février 1924.

Cette opération consiste à suturer le prolongement axillaire de la glande au bord inférieur du grand pectoral le plus haut possible en dehors. L'incision est faite au point culminant de l'aisselle. On libère aussi loin qu'il le faut, d'une part la partie externe de la glande par « décollement cutané » ; d'autre part, la partie terminale du grand pectoral. Par deux ou trois anses de catgut chromé, on fixe la glande au muscle.

On resèque de la peau, à la demande du déplacement glandulaire effectué, sur la lèvre inférieure de l'incision.

Le résultat immédiat peut être satisfaisant à la condition qu'il s'agisse de seins peu ptosés et petits, car le tissu fibreux périglandulaire serait insuffisant pour soutenir un sein lourd.

De toutes façons d'ailleurs, le résultat immédiat de cette opération ne persistera pas intégralement. Il faut donc exagérer la traction pour avoir, en définitive, le résultat souhaité. Le sein est alors rejeté en dehors.

D'où inconvénients de la méthode :

Elle s'adresse à des cas bien restreints,
Nécessite une incision visible,
Ses résultats ne sont pas certains, en tous cas
pas durables.

La Mastopexie simple est abandonnée pratiquement. Roux, de Lausanne, a, nous avons vu, essayé de suspendre le sein à la clavicule.

Les *deux principes majeurs* sont alors la sangle et le déplacement du mamelon, avec ou sans mastopexie.

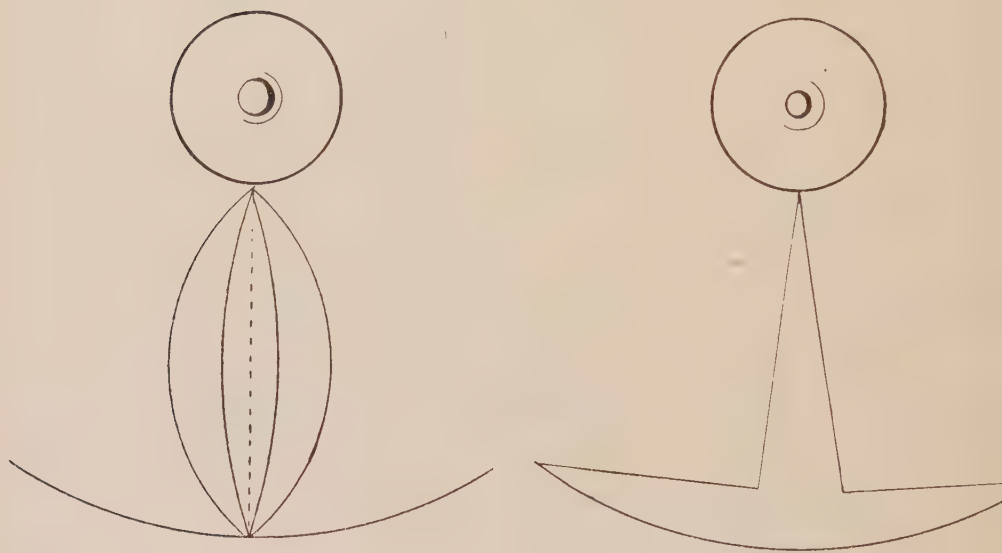
II. — LE PRINCIPE DE LA SANGLE : Est simple : La sangle est réalisée par un resserrement cutané sous-aréolaire. L'intervention consiste à faire une résection formant pince. Cette résection peut être losangique ou ovalaire. Son grand axe va de l'aréole au pli sous-mammaire. Le resserrement dépend de la grandeur du petit axe.

L'incision peut encore affecter la forme d'un « T » renversé, dont la branche verticale va de l'aréole au sillon sous-mammaire et dont la branche horizontale parcourt ce dernier (fig. 1), selon la technique employée par le docteur Noël.

Ce procédé simple ne s'applique qu'à des cas restreints ; ptose très peu accentuée avec augmentation de la convexité sous-aréolaire. On obtient une sangle sous-glandulaire, *mais une sangle cutanée*. C'est là le gros reproche que nous faisons à la méthode. La

peau est un organe de recouvrement. Elle ne doit jamais être considérée comme un élément de soutien. La cicatrice, bien placée, permet tous les décolletés, mais elle a toutes les chances d'être inesthétique du fait même qu'elle supporte la glande mammaire.

Une variante, véritable amélioration, a été décrite



par le docteur Dartigues en avril 1924 : « *Mastopexie par incision et résection cutanée verticale sub-aréolaire et par fixation glandulaire mammo-pectorale, après décollement sous-mammaire préalable* ». Ce titre résume la technique : Par la plaie faite par la résection cutanée, on décolle la glande, on la repousse en haut et on la fixe au grand pectoral sous-jacent. Il ne reste plus qu'à suturer les bords de la peau reséquée.

III. — *Le principe du déplacement* trouve son expression la plus simple dans le procédé classique attribué généralement à Morestin. Certains chirurgiens ont pu pratiquer la mastoplastie et la mastopexie par transposition aréolo-mamelonnaire (ainsi le docteur Virenque pratiquait sa première « transposition du mamelon avec incision sous-mammaire, mammectomie périphérique, décollement et fixation rétro-glandulaire » en 1919), auparavant, mais bibliographiquement, c'est le docteur Aubert, de Marseille, qui a le premier, le 5 février 1923, présenté un cas à la Société de Médecine de Marseille et décrit le procédé. Voici comment on peut le résumer :

Ce procédé consiste à faire une incision curviligne dans le sillon sous-mammaire, à décoller la glande, à enlever un grand croissant de peau au niveau du pôle inférieur du sein, à pratiquer une fenêtre circulaire au point où l'on veut fixer l'aréole et le mamelon, à reséquer une partie plus ou moins importante de tissu glandulaire.

Ce procédé serait applicable à des seins hypertrophiés et pendants. Il est d'une exécution délicate. Nous lui reprochons, d'une part, ses gros risques opératoires, il nécessite en effet de vastes décollements ; d'autre part, l'aplatissement inévitable des seins. — Le docteur Virenque y adjoint une Mastopexie rétro-glandulaire.

Avec le principe du déplacement du mamelon, le docteur Claoué a imaginé une technique dont les caractéristiques sont les suivantes :

(Incision verticale sous-aréolaire). — Considérant la glande mammaire comme un cône à base thoracique, dont l'angle se ferme d'autant plus que le sein tend à tomber. On déroule ce cône en le transformant en une masse aplatie. On en sectionne toute la portion supéro-externe. Une première rotation, avec le mamelon pour centre, amène les lèvres glandulaires de résection au contact. Une deuxième rotation de la glande *enroulée en escargot* amène le mamelon à son emplacement idéal déterminé d'avance, et donne au sein sa forme normale de cône. On fixe la glande au grand pectoral. On resèque la peau à la demande.

Donc :

Résection glandulaire,
Résection cutanée,
Déplacement du mamelon,
Mastopexie.

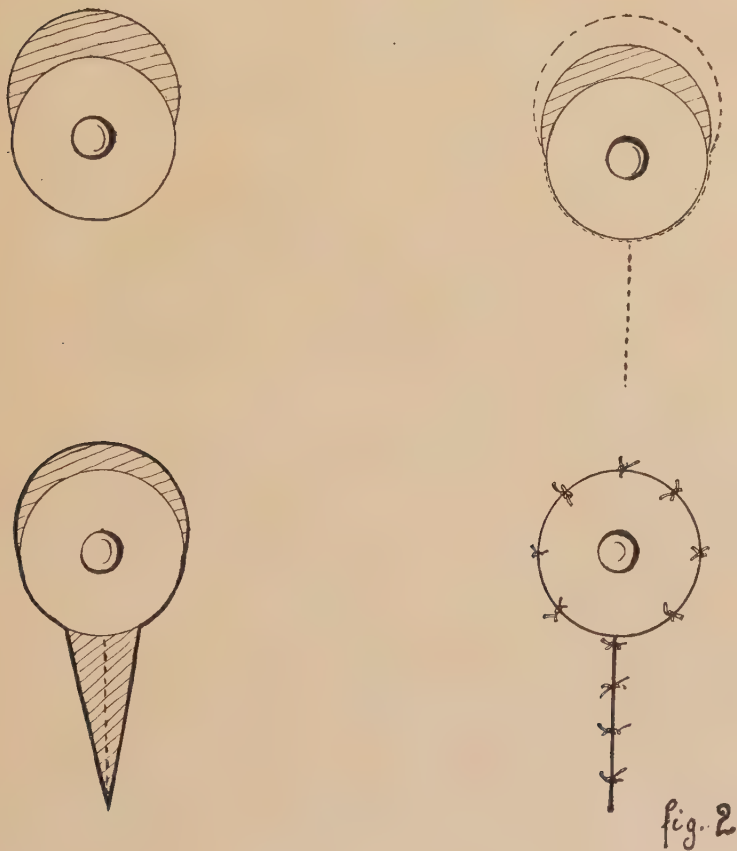
Les résultats plastiques sont ici bien meilleurs, mais les risques opératoires persistent.

Tels sont les deux principes fondamentaux et leur application chirurgicale : Sangle et déplacement du mamelon.

Entre ces extrêmes, on peut situer une méthode opératoire qui a son intérêt en ce qu'elle nous mène insensiblement vers celle qui nous arrêtera le plus longtemps. Elle en possède les caractéristiques, mais à l'état embryonnaire.

C'est le procédé du *relèvement par déplacement*

de l'aréole. Ce procédé consiste en une résection en forme de croissant sus-aréolaire avec fixation de la



de la demi circonférence supérieure de l'aréole à la lèvre supérieure du croissant.

Si la résection a été d'une certaine étendue, il est nécessaire, pour éviter les plissements, de prolonger l'incision vers le bas aux deux extrémités inférieures aréolaires. On arrive parfois à libérer la circonférence

entière de l'aréole. Dans ce cas on déplace l'aréole vers le haut et l'on ferme la plaie inférieure par une suture verticale après résection régularisatrice en coin des lambeaux (fig. 2). Les deux principes sont dans cette méthode : Sangle et déplacement du mamelon, mais sangle *cutanée*. Nous allons voir comment elle fut améliorée.

CHAPITRE IV

En conclusion d'une série d'articles qu'il publiait en 1932, le docteur Montant écrivait :

« On peut, et on doit tirer un enseignement des résultats acquis qu'il faut améliorer.

« La technique de Morestin, nécessaire et suffisante au point de vue plastique, pour la cure des monstruosités hypertrophiques mammaires, a contre elle :

« L'aplatissement fatale du sein, par la réunion
« de deux courbes à rayons différents ;

« L'apparition fréquente de chéloïdes au niveau
« de l'incision dans le pli sous-mammaire ;

« L'incision verticale sous-mamelonnaire que Madame le docteur Noël a eu le mérite de défendre et d'enseigner, tend au contraire au but esthétique pur. Elle seule donne au sein son galbe et sa beauté. *Malheureusement, à notre avis, elle ne s'applique qu'à des cas fort restreints.* Il faudrait donc trouver une technique nouvelle comprenant deux temps :

« *Un temps de plastique pure de modelage de la*

« glande et sa fixation au thorax *afin qu'elle ne soit*
« *plus soutenue par la peau seulement* (ainsi que cela
« se passe actuellement) ;

« *Un temps d'esthétique pure. Le sein modelé et*
« *fixé serait recouvert par la peau qui ne serait plus*
« *tiraillée au niveau des sutures dont le lieu d'élec-*
« *tion n'est pas le pli sous-mammaire qui ne les mas-*
« *que pas.* »

La technique du docteur Claoué répond déjà à ces divers points, mais nous avons précisé son extrême délicatesse d'exécution.

La technique que nous allons décrire, communiquée au Congrès de Chirurgie de 1931, remplit ces mêmes conditions et parvient aux résultats souhaités, mais partant de principes tout à fait originaux.

Relativement facile à exécuter, *elle se caractérise* par :

Une incision piriforme, avec résection cutanée ;

Le déplacement du mamelon ;

La plicature de la glande ;

Une cicatrice verticale linéaire sous-aréolaire,
qui a l'avantage de permettre tous les décol-
letés.

Elle évite :

Les décollements, ce qui supprime les suinte-
ments sanglants et séreux ;

Les résections de la glande, ce qui conserve à
celle-ci son intégrité anatomique et fonc-
tionnelle (Les faits le prouvent) ; .

La fixation de la glande aux plans profonds, ce qui laisse aux seins leur mobilité sur les pectoraux et évite toute possibilité de réfraction cicatricielle et de crises douloureuses ;

Les cicatrices cutanées distendues.

Autre caractère, elle est applicable à tous les cas de ptose mammaire et aux hypertrophies de la glande. Nous avons dit qu'elle se basait sur des principes originaux. En effet, on constitue par les pliquatures sous-aréolo-mamelonnaires un véritable soutien-gorge anatomique, réalisant le maintien définitif de la glande à la place qu'elle doit esthétiquement occuper. La peau n'est que l'organe de recouvrement qu'elle doit être, ce qui permet une cicatrice linéaire, disparaissant le plus souvent six mois environ après l'opération. On peut hâter sa disparition en faisant quelques séances d'ionisation suivant la technique de Bourguignon.

L'opération

Pour réaliser les meilleures conditions de réussite, il faut procéder en deux temps. Le premier temps est fait à l'anesthésie générale, le deuxième temps à la locale.

Les risques opératoires sont pratiquement nuls. A part les dangers problématiques de l'anesthésie générale, les chances d'infection ne peuvent relever que

de fautes d'asepsie. Le choc opératoire qui accompagne parfois les opérations de longue durée ne doit pas être redouté dans ces opérations qui restent superficielles et dans une région d'abord facile. L'opérée peut habituellement rentrer chez elle au bout de quarante-huit heures après le premier temps, le jour même après le deuxième temps.

La durée totale du premier temps est habituellement de 1 h. 45 à 2 heures. Cette longueur relative, un des rares points communs avec les autres méthodes, s'explique aisément, non seulement par l'existence de détails opératoires, mais encore par le souci de l'esthétique, qui pousse l'opérateur, durant toute l'intervention, à une appréciation artistique dans l'évaluation de la symétrie et de l'harmonie qu'il veut obtenir.

On pratiquera un *examen pré-opératoire*. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce n'est pas le plus souvent une intervention nécessaire, à part les cas de monstruosité mammaire, pouvant s'accompagner de déformations vertébrales consécutives. Aussi, on ne saurait donc prendre trop de précautions.

Examen somatique complet de la malade par le médecin : cœur, poumons, urines, urée sanguine, recherche du temps de saignement et du temps de coagulation, des tares antérieures, enquête sur la possibilité de cicatrices chéloïdiennes ou incision d'épreuve préconisée par certains auteurs.

De plus, l'appréciation de l'équilibre psychique n'est pas à négliger.

On traitera l'adipose en conseillant les exercices physiques, on ordonnera un régime. On dépistera les insuffisances glandulaires, que l'on pourra traiter pour opérer enfin avec les meilleures chances de succès.

Enfin, la veille, ou le jour même de l'intervention; on procédera aux diverses *mensurations*.

D'abord, la détermination de l'emplacement futur du mamelon et de son aréole, — la détermination de la résection cutanée à effectuer, — l'importance de la plicature glandulaire.

Pour certains, la détermination de l'emplacement idéal du mamelon est une question de goût, d'autres tiennent compte des canons classiques, prisés de tous temps, mais il faut surtout se baser sur la silhouette de l'opérée, sa ligne.

Certains chirurgiens attachent peu d'importance à ces mensurations et les réduisent au minimum, se fiant à la sûreté de leur sens artistique. Ceci est extrêmement dangereux quant au résultat final, car la plastique de la poitrine est évidemment très différente suivant que le sujet est debout ou couché.

De toutes façons, le futur emplacement du mamelon se trouvera approximativement en un point que nous déterminons ainsi : La patiente est debout, nous repérons le milieu de la clavicule pour abaisser une verticale ; à 8 cm. environ au-dessous de la paroi antérieure de l'aisselle, au niveau point où le grand pectoral croise la cage thoracique, nous traçons une horizontale, et nous marquons au crayon dermogra-

phique l'intersection de ces deux lignes. Ce sera l'emplacement du mamelon.

Nous procédons ensuite au tracé de l'incision : Relevant la glande, nous la replions vers la profondeur, en pli *creux*, et nous marquons les bords du pli formé. Laissant alors retomber la glande, nous continuons le tracé proprement dit de l'incision cutanée.

Celui-ci embrasse à 1 cm. 1/2 environ le repère du nouvel emplacement mamelonnaire, sur un demi-cercle. Des deux extrémités de ce demi-cercle descendent deux lignes qui divergent légèrement, vont passer de part et d'autre aux bords du mamelon prolabé. Puis, s'écartant franchement pour joindre progressivement le tracé des bords du pli creux, viennent se joindre à angle aussi aigu que possible au niveau du pli naturel formé sous le sein.

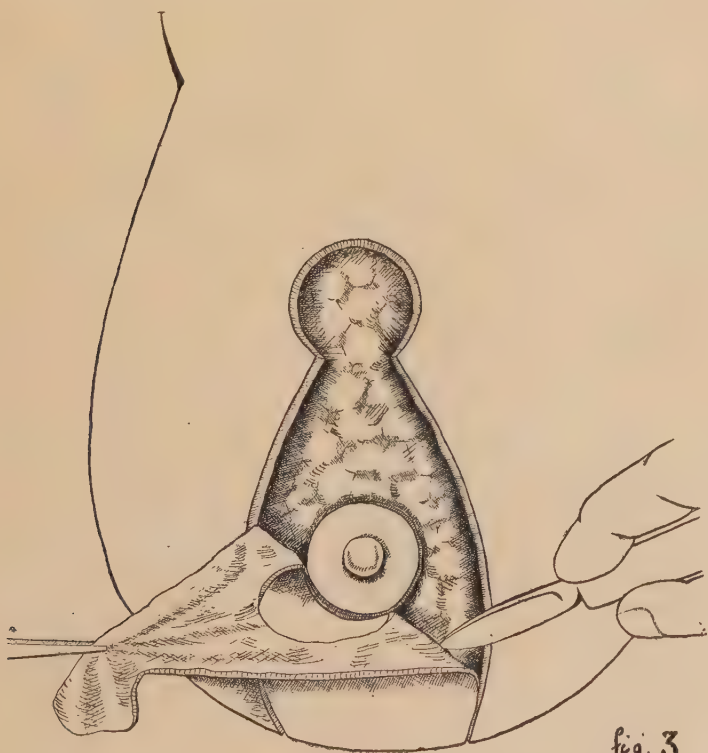
Le tracé étant fait au crayon dermatographique, nous évitons le nitrate d'argent de crainte de tatouage de la peau.

Après *anesthésie* de la patiente (mélange de Schleich ou Balsoforme) et *désinfection* de la peau à l'alcool iodé, le tracé est repris au bistouri. Il faut avoir soin de couper la peau à tranche légèrement biseautée en dessous pour avoir une plus polie cicatrice. Avec un inciseur de Dartigues, de préférence, on circonscrit à l'emporte-pièce le mamelon prolabé à la dimension qui a été jugée la meilleure.

Le lambeau ainsi délimité par le tracé de résection et par le tracé péri-mamelonnaire, est disséqué

au bistouri, près de la peau pour les seins de petit et moyen volume, près de la glande pour les cas d'hypertrophie mammaire (fig. 3).

On se trouve alors en présence d'une surface cruantée, spiriforme, à grand axe vertical. L'hémos-

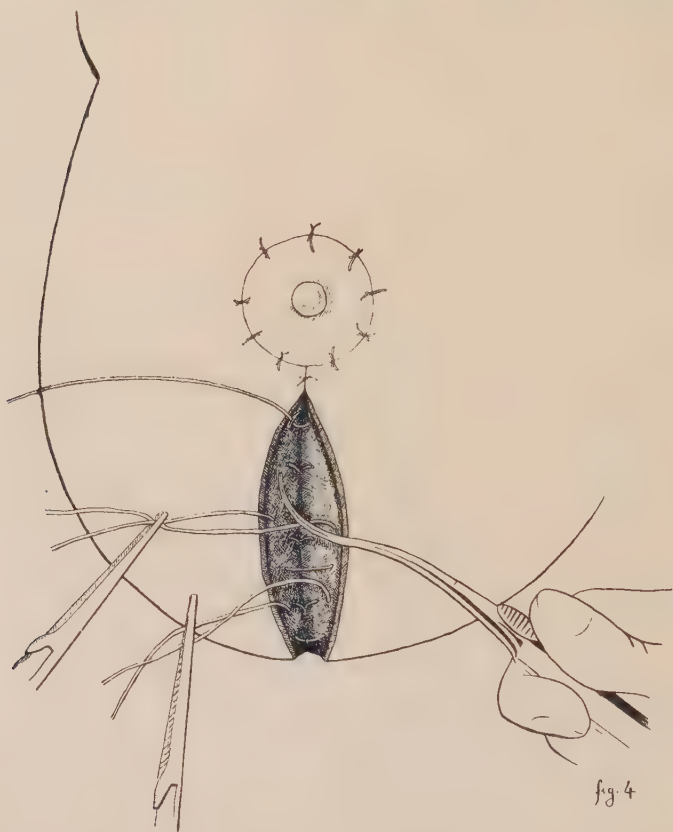


tase est faite très soigneusement. Le mamelon libéré est alors saisi avec des pinces à disséquer et fixé par 3 points de suture au demi-cercle supérieur. Un point au sommet, deux points, un à chaque extrémité, de l'équateur du mamelon.

On pratique alors la plicature de la glande par de

grands points en « U », tendus transversalement, intéressant très peu la glande et prenant surtout point d'appui dans le tissu cellulo-grasieux (fig. 4).

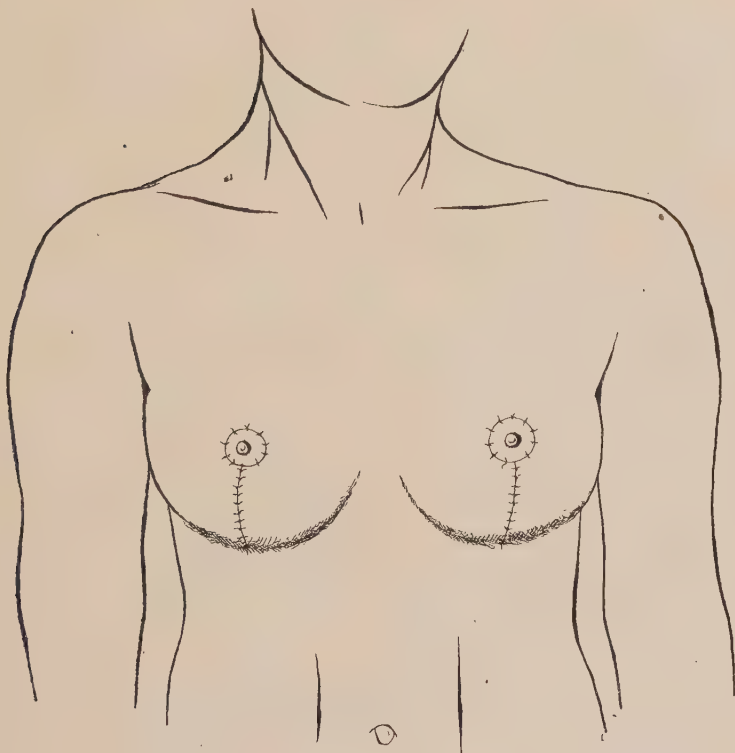
Cette plicature est faite en deux plans superposés,



établis de telle façon que le deuxième plan ramène les bords cutanés au contact l'un de l'autre. *Cette plicature fait l'originalité de la technique.* Elle remplit, à elle seule, toutes les conditions souhaitées :

Au point de vue plastique, elle remet la glande en place en évitant :

sa fixation aux plans profonds ;
les décollements aux hématomes si redoutables ;
les résections glandulaires qui suppriment la fonction, cause d'hésitations de la part de la patiente devant cette perspective.



*Au point de vue esthétique pure, amenant au contact les lèvres de la résection cutanée, elle permet un affrontement sans tiraillement. La peau, simple organe de recouvrement, ne supporte aucun effort de traction. La cicatrice est donc *linéaire*, et c'est là un point important. La peau ne doit jamais faire office*

de soutien, ce soutien serait décevant et ne manquerait pas de s'allonger comme primitivement. Il ne reste plus qu'à affronter la peau au-dessous du mamelon et autour de celui-ci par de petits points au fil aussi fin que possible (fig. 5).

Pour les points de plicature, on peut se servir de catgut n° 2, mais des ennuis de stérilisation sont à redouter, aussi le fil de lin est-il préférable pour toutes les sutures profondes et superficielles.

Il arrive parfois que les fils profonds sont mal tolérés par les tissus et s'éliminent spontanément un mois ou six semaines après l'intervention. Ceci est sans inconvénient. Le nœud profond se présente à travers la peau au niveau de la ligne de suture cutanée. Avec une pince on le soulève légèrement, on coupe l'anse avec des ciseaux et cette élimination ne laisse aucune trace de son passage. Il faut prévenir la patiente de cette éventualité et l'inviter à ne pas chercher à se libérer elle-même mais bien à venir demander l'ablation du fil à son opérateur.

Soins consécutifs

A l'issue de l'opération, les seins sont soigneusement savonnés au savon stérile, séchés à l'alcool, puis recouverts de tulle gras, de compresses, de coton stérilisé. On applique un bandage légèrement compressif à l'aide de très larges bandes élastiques type Velpeau et on le maintient par deux bretelles.

Premier pansement au bout de 3 ou 4 jours avec ablation de quelques fils périaréolaires et cutanés.

Deuxième pansement, avec ablation des derniers fils au septième jour.

A partir de ce moment, l'intéressée doit porter un soutien gorge en forme de demi-nid de pigeon, ce qu'elle aurait dû faire depuis son adolescence. Ce soutien-gorge a l'énorme avantage de soutenir réellement le sein sans le comprimer et de lui laisser toute sa souplesse et son élasticité sous les vêtements. Le soutien-gorge sera porté nuit et jour pendant 6 semaines après l'intervention, le jour seulement ultérieurement.

Bien entendu, il faut conseiller à l'opérée la pratique journalière de la gymnastique thoracique suédoise et de la gymnastique respiratoire selon le procédé de Pescher.

Le deuxième temps n'est qu'une retouche. Dernier perfectionnement de la plastique. Il n'intéresse que la portion sous-mamelonnaire et s'exécute selon la technique du premier temps, par nouvelle plicature de la glande.

On fait une nouvelle incision avec résection cutanée ovoïde, à grosse extrémité inférieure, dont le grand axe va de l'aréole au pli sous-mammaire. Sa largeur est déterminée par plicature cutanée sous-aérolaire, maxima, comme pour le premier temps. C'est surtout là qu'intervient le sens artistique de

l'opérateur — dans l'évaluation de cette résection — pour réaliser une parfaite égalité des deux seins. On fait un ou deux plans de telle façon à obtenir, comme pour le premier temps un affrontement des lèvres de la résection, sans tiraillement de la peau. Il se forme ainsi, grâce à la plicature, un bloc fibreux sous-glandulaire véritable soutien gorge anatomique.

Conclusions

Cette technique nous a paru intéressante parce que :

relativement facile à exécuter ;

sans risques opératoires ;

elle donne des résultats plastiques et esthétiques des plus satisfaisants. Seins normaux d'apparence et non pas des seins plats.

PRINCIPES

Elle se caractérise par une synthèse des principes employés jusqu'alors, perfectionnés :

Déplacement du mamelon ;

Sangle sous-mammaire (mais non plus sangle cutanée) réalisée ici par une plicature de la glande elle-même, ce qui permet d'affronter les lèvres de la résection cutanée sans tiraillement.

TECHNIQUE

Une résection cutanée piriforme à grand axe vertical.

Le déplacement du mamelon.

La plicature de la glande qui forme la sangle sous-mammaire.

On évite ainsi :

les décollements, facteurs d'hémorragies et d'infection ;

les résections glandulaires, ce qui conserve à la glande sa fonction ;

la fixation de la glande aux plans profonds ce qui laisse aux seins leur mobilité sur les pectoraux.

INDICATIONS

Toutes les ptoses mammaires et hypertrophies de la glande.

Vu : le Président de la thèse,
R. PROUST.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Claoué. — A propos de la chirurgie esthétique des seins
(Soc. Anat. Clin. de Bordeaux, séance du
7 déc. 1931).

Dartigues. — Un cas de correction morphologique et de
reliquats laissés par une opération antérieure
de chirurgie plastique du sein par transposition
de l'aérole et du mamelon (Soc. Scient. Franç.
de Chir. Répar. Plas. et Esth., Séance du
29 janv. 1932).

Dartigues et Leydier. — Mammectomie totale ; sa double
indication opératoire thérapeutique et plas-
tique (Rev. de Chir. Plast., n° 4, janvier 1932).

Dufourmentel (L.). — Comment obtenir une forme satis-
faisante dans les opérations de relèvement du
sein par déplacement (Bull. Méd., 12 mars
1932).

Dufourmentel. — Indications et résultats des différentes
méthodes de mastopexie (Le Bull. Méd., n° 9,
27 fév. 1929, p. 247).

Halla (F.). — Vereinfachung von Brustkorrekturen
(Wiener. Med. Woch., n° 12, 15 mars 1930,
p. 417).

Lagarde (M.). — Chirurgie esthétique du sein (Le
Courrier Méd., 31 déc. 1930, p. 741).

— Chirurgie esthétique du sein (Paris Chirurgical,
n° 5, juil-août 1928, p. 143).

- Maloniak.* — Ptose mammaire. Facteurs étiologiques et traitement chirurgical (Rev. de Chir. Plastique, n° 4, janvier 1932).
- Médina.* — Contribution à l'étude du procédé d'autoplastie de Heidenhaim dans l'amputation du sein Thèse Paris, 1927, n° 482, Jouve édit.
- Meyer.* — L'opération de l'hypertrophie mammaire et des seins pendants (Deut. Med. Woch. Leip., t. LVI, n° 28, 11 juill. 1930, p. 1166).
- Mornard (P.).* — Cure chirurgicale d'un cas de difformité mammaire et abdominale par obésité (Soc. des Chirurg. de Paris, séances de mai-juin 1928).
- Noel.* — Nouveaux procédés chirurgicaux de correction du prolapsus mammaire (Cong. Méd., oct. 1928).
- Passot (R.).* — Atrophie mammaire, réfection esthétique par la greffe graisseuse et épiploïque (La Pres. Méd., 7 mai 1930, n° 37).
- Sénéchal (Marcel).* — Une technique de la mastoplastie (XL^e Cong. Franç. de Chir. de Paris, 5-10 octobre 1931).
- Shipley (A.-M.).* — Plastic operation on Chest (Ann. of Surg. Philadel., Aug. 1926, p. 246).
- Soupault (R.).* — Le lambeau abdominal dans les amputations larges du sein (Pres. Méd., 24 février 1923).
- Villandre.* — Mastopexie (Bull. et Mém. Soc. des Chirurg., Paris, 1925, p. 221).
- Bartlett.* — An anatomic substitute for the female breast (Ann. Surg. Phila., 1917, LXVI, p. 208-211, 2 pl.).
- Butlin et Adams.* — On the transplantation of skin flaps for the filling up of considerable defects after amputation of the breast (Proc. Roy. M. et Chir.

Soc. Lond., 1895-1896, VIII, p. 188-251, 1 pl.).

Cléret. — De l'autoplastie par grand décollement, spécialement dans l'amputation du sein (méthode de M. Morestin) (8° Paris, 1907).

Cornilus. — L'autoplastie par la région mammaire ; mobilisation et transformation du sein (8° Paris, 1898).

Dominici. — Operazione cosmetica sulla mammella (Gazz. d. Osp. Milano, 1900, XXI, p. 1003).

Franke. — Autoplatik bei grossem Hautdefect der weiblichen Brust (Deutsch. Ztschr. f. Chir. Leipz., 1898, XLIX, p. 610-613).

Graeve. — A proposition to cover the wound of operation after amputatio mammae (Upsala Lakaref Forh., 1897-1898, n. f. III, p. 410-413, 1 pl.).

Laguen. — De l'autoplastie par glissement du sein (Ass. Franç. de Chir. Proc. Verb., Paris, 1898, XII, p. 225-327).

Laguen. — Les exérèses larges et l'autoplastie du sein (Union Médicale du Canada, Montréal, 1912, XXXI, p. 195-209).

Maiss. — Zur plastik nach Amputation einer carcinomatösen Mamma (Münch. Med. Woch., 1899, XLVI, p. 1295).

Morestin. — Autoplastie par déplacement d'une mamelle pour combler une énorme perte de substance résultant de l'ablation de l'autre (Gaz. d. hôp. de Paris, 1901, LXXIV, p. 425-428).

— Autoplastie aux dépens de la mamelle (Gaz. d. Hôp. Paris, 1901, LXXIV, p. 561).

— De l'autoplastie par déplacement du sein (Arch. Gén. de Méd., Paris, 1903, II, p. 2689-2698).

— De l'ablation esthétique des tumeurs du sein

- (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1903, n. s., XXIX, p. 561-575).
- Ablation esthétique d'une tumeur bénigne du sein (procédé de la boutonnière axillaire) (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1909, n. s., XXXV p. 1036-1040).
- Ombredanne.* — Reconstitution autoplastique du sein après amputation totale (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1906, n. s., XXXII, p. 490-493).
- Payr.* — Beiträge zur plastischen Deckung der Hautdefekte nach Brustdrüsenexstirpation (Deutsch. Ztschr. f. Chir. Leipzig, 1906, LXXXI, p. 361-370).
- Ransohoff.* — The closure of large breast wounds (Ohio M. J. Columbus, 1916, p. 666-669).
- Raventos.* — De l'autoplastia feta ab la mamella (An. de Med. Butll. Mens. de l'Acad. de Catalunga, Barcel., 1911, V, p. 227-229).
- Robson.* — A method of obtaining a complete skin covering after ablation of the breast (Proc. Roy. M. et Chir. Soc. Lond., 1895-1896, VIII, p. 245-250, 1 pl.).
- Sellheim.* — Brustwurznenplastik bei Hohlwarzen (Münch. Med. Woch., 1917, LXIV, p. 987).
- Verebely.* — Ersatz der Mamma durch Fettransplantation (Pest. Med. Chir. Presse, Budapest, 1914, L, p. 174).
- Warren.* — Plastic resection of the mammary gland (Ann. Surg. Phila., 1907, XLV, p. 801-809, 7 pl.).
- Weichert.* — Ueber Mammaplastik (Berl. Klin. Woch., 1913, L, p. 103-107).

